DOCTEUR T. NICOGLOU

A 15
XXXIL

Etude de la Morti-Natalité

D'APRÈS LES STATISTIQUES

DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

1920-1926

PARIS
MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1928

Etude de la Morti-Natalité

d'après les statistiques

de la Clinique Baudelocque

DOCTEUR T. NICOGLOU

Etude de la Morti-Natalité

D'APRÈS LES STATISTIQUES

DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

1920-1926

PARIS
MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1928

LANE LIBRARY

LAND LIBRARY

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Leur vie simple et droite toute de dévouement et de sacrifices n'eût qu'une seule ambition et une fierté : Les Enfants.

72190

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE DIJON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

A TOUS CEUX QUI M'AIMENT ET QUE J'AIME

Avant-Propos

Certains lieux, certains événements, imposés par le hasard ou invinciblement recherchés, déterminent en nous de ces méditations sur le passé où nous suivons comme le cours d'un fleuve, sur une carte, les méandres de notre vie, et nous font mieux comprendre, combien les circonstances sont toutes puissantes, combien peu de nos aspirations ont vu le jour, peu d'actes de notre volonté, ont été réalisés.

Parvenus au terme de nos études médicales, nous jetons en arrière ce coup d'œil, qui pour plus d'une raison est embué d'un peu de mélancolie, et constatons que nous ne sommes que la résultante de mille influences qui s'exercent sur nous. Que serions-nous, en effet, sans l'exemple, les conseils et l'expérience, de nos éducateurs ? Aussi manquerions-nous à la plus élémentaire des politesses, si nous n'adressions pas au début de ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude, à tous ceux qui nous ont guidé pendant notre éducation médicale.

A notre premier Maître dans la vie à notre plus doux et plus solide appui, à notre cher père, ira tout d'abord notre pensée filiale, et infiniment émue. Amour du travail, bonté, dévouement, sont les règles qu'il n'a cessé de nous proposer et dont nous voudrions toujours nous inspirer.

Nous n'oublierons pas davantage parmi nos premiers maîtres MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine et des

Hôpitaux de Dijon. Nous leur sommes infiniment reconnaissants d'avoir, les premiers, éduqué nos sens, assoupli notre intelligence, et de nous avoir initié à la bonne et saine Semiologie.

A Paris, Monsieur le Docteur Laubry, avec son intuition naturelle, sa perspicacité et son doute scientifique a parfait l'œuvre commencée. Ses admirables leçons cliniques ainsi que ses bontés resteront à tout jamais gravées dans notre mémoire et dans notre cœur.

Mais des remerciements tout particuliers sont dûs à Monsieur le Professeur Couvelaire qui nous a inspiré le sujet de cette thèse guidé dans notre travail, et mis si aimablement à notre disposition les documents de la Clinique Baudelocque. Nous lui devons d'avoir pu, pendant des mois poursuivre avec fruit nos études obstétricales et gardons le meilleur souvenir de son enseignement précis et clair. Nous le prions enfin d'accepter l'hommage de notre respectueuse reconnaissance, pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Mais nous devons le meilleur de ce que nous avons appris en obstétrique au long séjour que nous avons fait auprès d'un maître cher entre tous : nous avons nommé Monsieur l'agrégé Le Lorier.

Dans son service la grande variété des observations, la collaboration intime et constante de jour et de nuit avec des Maîtres tels que MM. Adam et Pouliot nous créait un foyer de fermentation intense. Nous y avons puisé des leçons de conscience et de modestie. Nous y avons appris à demeurer sobres d'interventions à redouter ces opérations de force aveugle et brutale, où l'enfant peut succomber et la mère rester gravement traumatisée, et délaissant l'expectative ne pas avoir

peur de recourir à des opérations franches, de plus en plus facilitées, par les progrès incessants de la chirurgie.

Nous avons toujours trouvé auprès de Monsieur Le Lorier les conseils les plus sûrs, et les encouragements les plus précieux. Au milieu des incertitudes de l'Existence et de la Maladie, il a été pour nous un guide éclairé, patient, et affectueux. La langue française sobre et précise, n'a qu'un mot le mot « Merci » pour rendre grâces au plus humble service ou à la plus haute marque de sympathie. Que ce mot, ce « merci », où nous mettons toute notre chaleur de cœur, exprime à ce Maître vénéré, nos sentiments de profonde et respectueuse reconnaissance.

Messieur les Docteurs Lacomme, Desnoyers, Bouhey et G. Sallé ont bien voulu s'intéresser à nous. Qu'ils nous permettent de leur exprimer ici toute notre respectueuse sympathie.

Enfin aux remerciements que nous exprimons à tous nos Maîtres, en particulier, nous nous permettons d'en ajouter d'autres non moins sincères, à l'égard de nos camarades français, qui durant des années entières, nous ont entouré du chaud rayonnement de leur bienveillance.

Nous avons connu dès les premiers instants de notre long séjour en France, ce ton de fine sympathie de gens dont la pensée plonge au même fond commun, et leur affectueuse estime nous a fait toucher du doigt cette vérité « qu'il faut se ressembler pour se comprendre, mais qu'il faut être différent pour s'aimer ».

Merci, chers amis, de toutes les marques de sympathie que vous n'avez cessé de me prodiguer à une époque où notre vieux monde était secoué par une effervescence faite de souf-

france, de rancune et d'envie. Demain hélas ! la Destinée, toute puissante, nous séparera. Mais un foyer d'amitié tel que le nôtre résiste j'en suis sûr à l'éloignement.

Pour ma part il me sera facile d'entretenir son activité car je vous aime : J'ai trop le respect des mots pour ne pas vous prier de donner à celui-ci son plus grand sens.

T. N.

Introduction

Parmi les forces sociales dont le dynamisme mesure la vitalité d'un pays, il en est un qui se manifeste chaque jour, plus active, plus puissante, plus vivace : la force *Natalité*.

Il suffit pour s'en convaincre de considérer les efforts fournis pour la protection de l'enfant, non seulement après la naissance, mais encore durant toute la période de sa vie intra-utérine. Il n'est pas jusqu'à l'état de santé des procréateurs, qui n'ait éveillé l'attention, à juste titre d'ailleurs; puisque celui-ci réalise par avance, la conservation ou l'amélioration de la qualité des germes, dont la conjugaison produira l'être nouveau.

Il n'est pas, en effet, à l'heure actuelle de question plus angoissante pour un pays, et pour la France en particulier, que celle de la morti-natalité. Sans doute, depuis longtemps déjà, les œuvres se sont intéressées à la protection de l'Enfance, mais elles n'envisageaient que la protection de *l'Enfant* après sa naissance. On s'est aperçu depuis que « limiter la protection de l'Enfant à la période de sa vie qui suit sa naissance à la lumière serait faire œuvre incomplète et trop souvent vaine ».

« Incomplète puisque chaque année en France près de 35.000 enfants... meurent soit pendant les derniers mois de leur vie intra-utérine, soit pendant la parturation, soit pendant les heures qui suivent la naissance.

« Trop souvent vaine puisque 70.000 à 80.000 enfants qui, à l'heure actuelle, meurent chaque année en France avant d'avoir atteint l'âge d'un an plus du tiers meurent parce qu'ils sont atteints de maladies congénitales.

Ainsi sur 100.000 à 110.000 enfants qui meurent du sixième mois de la vie intra-utérine à la fin de la première année plus de 50.000 sont victimes d'états pathologiques antérieurs à leur naissance, ou des conditions anormales de leur naissance.

Cette mortalité serait en grande partie évitée, si les mesures qui peuvent réduire étaient prises en temps opportun *pendant la période de gestation et même avant la procréation* » (1).

Tout le monde est d'accord sur ce qu'on entend par un enfant mort-né. C'est celui qui arrive à la période de viabilité c'est-à-dire après six mois de vie intra-utérine, succombe avant ou au moment de sa naissance.

Toutefois, en France la loi donne trois jours pleins pour faire la déclaration à l'état-civil, et inscrit comme mort-né tous les enfants qui lui sont présentés non vivants. Si bien qu'elle range sous la rubrique mort-nés :

1° Les fœtus ayant plus de six mois de vie intra-utérine morts pendant la gestation et expulsés après une plus ou moins longue période de rétention ;

2° Les fœtus, morts pendant la parturition.

3° Les enfants nés vivants, mais ayant succombé avant l'expiration du délai légal de déclaration, c'est-à-dire de trois jours.

---

(1) M. Couvelaire. — Du rôle des consultations pré-natales dans la lutte contre la mortalité infantile (*Presse Médicale*, n° 103, 24 décembre 1924).

Elle n'enregistre pas les œufs expulsés avant le sixième mois de gestation et dont beaucoup d'ailleurs, sont expulsés à la suite de manœuvres criminelles.

« La mort de l'Enfant au *cours de la gestation* est la conséquence dans près de la moitié des cas d'une infection chronique, la syphilis... dans un sixième des cas d'états pathologiques déterminés chez la mère par l'état de gestation et se manifestant par des syndromes dont les plus typiques sont : l'albumine, l'hypertension artérielle, les rétentions chlorurées et azotées, les convulsions, les apoplexies utérines et utéro-placentaires.

Au cours de la parturition, la mort de l'enfant est dans nombre de cas la conséquence de conditions mécaniques défavorables tenant à la mauvaise présentation de l'enfant ou à l'étroitesse du bassin maternel.

Au cours de la *première année* la mort de l'enfant révèle, dans plus d'un tiers des cas de sa fragilité, résultat d'une naissance prématurée ou d'une infection congénitale, la syphilis. C'est particulièrement au cours du premier mois que ces facteurs de mortalité interviennent sans cependant cesser d'agir pendant toute l'enfance et l'âge adulte » (1).

En envisageant par conséquent, simplement les causes d'ordre pathologique, on peut dire qu'il en a deux principales : les infections et les intoxications au cours de la grossesse. Mais, tandis que les dernières réalisent une infime minorité de cas, les premières sont de beaucoup les plus fréquentes.

Nous voyons donc que la syphilis joue un rôle primor-

---

(1) M. Couvelaire. — Du rôle des consultations pré-natales dans la lutte contre la mortalité infantile (*Presse Médicale*, n° 103, 24 décembre 1924).

dial dans les causes de la morti-natalité. Certes, nous sommes loin des chiffres de l'éminent syphiligraphe, A. Fournier dont les statistiques de Lourcines et de Saint-Louis accusaient jadis une mortalité terrifiante de 82 %.

Sous un effort incessant et par l'organisation de plus en plus répandue de dispensaires anti-syphilitiques annexés aux maternités, on est parvenu à abaisser notablement le taux de la morti-natalité. Et ce sera l'honneur de M. le Professeur Couvelaire d'avoir eu la conception de dispensaires de prophylaxie annexés aux maternités, où le traitement des femmes enceintes syphilitiques ou suspectes de syphilis des mères et des enfants syphilitiques est fait systématiquement par un spécialiste compétent.

Dans ce travail nous étudierons la morti-natalité de la Clinique Baudelocque de l'année 1920 à l'année 1926 telle que la comprend la législation française. Nous diviserons notre travail en trois parties.

Dans la première nous mentionnerons d'une manière sèche mais classée les faits. Elle comprendra les observations groupées en :

1° Mortalité fœtale pendant la gestation ;

2° Mortalité fœtale pendant le travail ;

3° Mortalité pendant les trois premiers jours de la vie.

La réunion de ces tableaux nous permettra déjà d'entrevoir deux conclusions grossières : les chiffres et les causes.

Les chiffres nous servirons plus tard à étayer la deuxième partie, partie synthétique dans laquelle nous essayerons d'interpréter les faits.

Les causes, nous servirons à regrouper les chiffres dans la deuxième partie de notre travail.

Enfin dans la troisième et dernière partie, nous envisagerons les efforts fournis à la Clinique Baudelocque contre la morti-natalité, et citerons quelques observations intéressantes.

Il ne nous restera plus qu'à conclure, et d'ores et déjà, nous sommes en mesure de pouvoir affirmer que la morti-natalité syphilitque est en voie de régression sensible et que sa disparition n'est qu'une question d'organisation et d'argent.

PREMIÈRE PARTIE

I. — **Mortalité fœtale pendant la Gestation.**

II. — **Mortalité fœtale pendant le Travail.**

III. — **Mortalité fœtale pendant les 3 premiers jours.**

I. – Mortalité fœtale pendant la Gestation

1920

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 55 cas,
dont une grossesse gémellaire (1089)
et 54 gestations simples.

1. — Syphilis : 37 cas.

A) *5 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
11, 1423, 2030, 2082, 2165.

B) *32 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*

54, 142, 434, 446, 608, 630 *bis*, 641, 722, 724, 767, 776, 812, 925, 984, 1015, 1089, 1125, 1170, 1354, 1582, 1768, 1772, 1846, 1893, 1937, 2019, 2020, 2084, 2136, 2237, 2240, 2241.

2. — Troubles des fonctions rénales : 7 cas.

363, 478, 596, 1005, 1064, 1084, 1866.

3. — Cause indéterminée : 11 cas.

183, 265, 382, 672, 736, 869, 915, 1173, 1663, 2006, 2187.

1921

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 48 cas,
dont 1 gestation gémellaire (observation 283)
et 47 gestations simples.

1. — Syphilis : 37 cas.

A) *25 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
6, 105, 212, 259, 283, 395, 418, 448, 555, 579, 689, 691, 859, 903, 1055, 1123, 1127, 1136, 1232, 1404, 1544, 1618, 1672, 1854, 1874.

B) *12 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*
35, 59, 186, 228, 320, 705, 832, 850, 1020, 1064, 1647, 1907.

2. — Troubles des fonctions rénales : 6 cas.
514, 864, 926, 1008, 1205, 2117.

3. — Cause indéterminée : 6 cas.
433, 745, 802, 1764, 1767, 1966.

1922

Rétention des fœtus pendant la gestation : 35 cas,
dont 33 gestations simples
et 2 gestations gémellaires unichoriales (206, 1683).

1. — Syphilis : 18 cas.

A) *14 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
83, 195, 333, 369, 427, 438 *bis*, 508, 511, 513, 632, 643, 725, 871, 1498.

B) *4 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*
206, 261, 438 *bis*, 1147.

2. — Troubles des fonctions rénales : 4 cas.

14, 888, 1205, 1353.

3. — Cause indéterminée : 13 cas.

30, 263, 303, 376, 455 *bis*, 466, 490, 520, 539, 1129, 1173, 1233, 1649.

1923

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 45 cas,

dont 43 gestations simples

et 2 gestations gémellaires (1110)

dont 1 unichoriale (714).

1. — Syphilis : 20 cas.

A) *14 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*

174, 445, 449, 473, 664, 714, 1147, 1234, 1340, 1386, 1389, 1484, 1686, 1701.

B) *6 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*

79, 212, 530, 703, 1128, 1637.

2. — Troubles des fonctions rénales : 7 cas.

573, 939, 949, 1044, 1478, 1570, 1602.

3. — Cause indéterminée : 18 cas.

82, 225, 405, 410, 652, 659, 663, 762, 918, 1110, 1034, 1274, 1319, 1418, 1440, 1572, 1643, 1716.

1924

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 31 cas,

dont 28 gestations simples

et 3 gestations gémellaires (668, 1246)

dont 1 unichoriale (739).

1. — Syphilis : 13 cas.

A) *8 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
185, 247, 668, 686, 738, 866, 1246, 1564.

B) *5 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*
12, 739, 888, 1217, 1938.

2. — Troubles des fonctions rénales : 8 cas.

146, 300, 678, 1346 *bis*, 1709, 1729, 1873, 1906.

3. — Cause indéterminée : 10 cas.

159, 210, 493, 767, 940, 1045, 1347, 1474, 1570, 1746, 2201, 2309.

1925

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 41 cas.

1. — Syphilis : 15 cas.

A) *5 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
514, 1401, 1823, 1993, 2320.

B) *10 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*
274, 527, 927, 1049, 1460, 1516, 1567, 1889, 2066, 2146.

2. — Troubles des fonctions rénales : 14 cas.

317, 494, 508, 515, 549, 678, 924, 1186, 1419, 1455, 1671, 1968, 2032, 2229.

3. — Cause indéterminée : 12 cas.

71, 238, 259, 355, 641, 651, 1256, 1542, 1583, 1774.

1926

Rétention des fœtus morts pendant la gestation : 42 cas.

1. Syphilis : 14 cas.

A) *8 cas de syphilis avec réaction sérologique positive :*
355, 503, 810, 874, 915, 1003, 1410, 1672.

B) *6 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement :*
275, 905, 1615, 1709, 1919, 2089.

2. Troubles des fonctions rénales : 9 cas.

123, 460, 617, 1391, 1421, 1938, 1953, 2318, 2397.

3. Cause indéterminée : 19 cas.

74, 246, 268, 817, 924, 957, 1010, 1017, 1244, 1251, 1279, 1388, 1439, 1470, 1597, 1685, 1860, 2051 *bis*, 2428.

II. — Mortalité fœtale pendant le travail

Les Observations de cette Mortalité fœtale sont groupés en :

I. — Enfants paraissant sains : 265.
II. — Enfants issus de mères malades : 70
III. — Enfants issus de mères syphilitiques : 39
IV. — Enfants issus de mères tuberculeuses : 7
V. — Enfants mal formés : 17

ENFANTS PARAISSANT SAINS

I. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1920 :* 37.

I. — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS : 21.

A terme :

Sommets : 76, 382, 490, 613, 1278, 1287, 1332, 1362, 1508, 1753.

Sièges : 151, 297, 715, 1055, 1637.

Prématurés :

Sommets : 320, 1232, 2006, 2075, 2187.

Sièges : 412.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *7*.

A terme :

Forceps :

Sommets : 159, 917, 969, 1094, 1972.

Face : 1929.

Versions (par man. internes) : 905.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *6*.

Expulsion spontanée : 224, 915.

Interventions :

Basio : 1160, 1166, 1391, 1655.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *3*.

Accouchements spontanés : 169, 1308.

Accouchements opératoires :

Forceps : 236.

II. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1921* : 50.

I. — Accouchements spontanés : 14.

A terme :

Sommets : 398, 425, 858, 938, 945, 1568, 1580.

Sièges : 36, 914, 1022, 1024.

Prématurés :

Sommmets : 26, 29 *bis*.

Sièges : 1834.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *14*.

A terme :

Forceps :

Sommets : 432, 1439, 1541, 1671, 1806, 1979.

Faces : 720, 2005.

Front : 1074.

Versions (par man. internes) : 868, 1723, 2055.

Extractions (de sièges) : 960, 1242.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *11.*

Expulsion spontanée = 0.

Interventions :

Extractions (de sièges) : 951, 1926.

Basio : 111, 678, 755, 890, 1724, 1878.

Forceps : 152, 1746.

Embryo : 1970.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *11.*

Accouchements spontanés : 150, 1490.

Accouchements opératoires :

Forceps : 564, 625, 680, 1489, 1883.

Extractions (de sièges) : 307, 1816, 2022, 2079.

III. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1922 :* 52.

I. — Accouchements spontanés : *21.*

A terme :

Sommets : 24, 210, 568, 1019, 1193, 1476.

Sièges : 242, 352, 845, 1121, 299, 572, 1338.

Front : 1168.

Prématurés :

Sommets : 316, 320, 452, 982, 1198.

Sièges : 314, 1044.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *9*.

A terme :

Forceps :

Sommets : 675, 892, 1112, 1341.

Versions (par man. internes).

Extractions (de siège) : 244.

Symphysiotomie : 426.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *16*.

Expulsion spontanée = 0.

Interventions :

Basio : 166, 241, 342, 418, 421, 480, 538, 780, 834, 837, 1311.

Forceps : 190, 1002, 1240.

Césarienne (mutilatrice) : 1445.

Embryotomie : 1445.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *6*.

Accouchements spontanés :

Sommets : 1063.

Sièges : 1005.

Accouchements opératoires :

Version (par man. internes) : 100.

Symphysiotomie : 425.

Extraction (de siège) : 1556.

Forceps : 1532.

IV. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1923 :* 11.

I. — Accouchements spontanés : 11.

A terme :

Sommets : 66, 202, 1304.

Sièges : 626, 1097.

Face : 1277.

Prématurés :

Sommets : 597, 1154, 1303.

Sièges : 643, 801.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *14.*

A terme :

Forceps : 55, 160, 170, 539, 937, 1041, 1401.

Extractions (de sièges) : 168, 853, 958, 1653, 1706.

Versions (par man. internes) : 610.

Prématurés :

Grande extraction : 1100.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *10.*

Expulsion spontanée : 1394, 1464.

Interventions :

Basio : 760, 968, 982, 1292, 1440.

Embryo : 483, 1027.

Forceps : 1723.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *4.*

Accouchements spontanés : 984.

Accouchements opératoires :

Forceps : 929, 1510.

Extraction (de siège) : 748.

V. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1924 :* 32.

I. — Accouchements spontanés : *13.*

A terme :

Sommets : 1250, 1253, 1717, 1788.

Sièges : 1847, 1941.

Prématurés :

Sommets : 171, 353, 1142, 1202, 1541, 1934 *bis*.

Sièges : 633.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *5*.

A terme :

Forceps :

Sommets : 70, 425, 1034, 1255.

Front : 1059.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *10*.

Expulsion spontanée : 0.

Interventions :

Extractions (de sièges) : 917.

Basio : 94, 170, 295, 496, 512, 938, 1100, 1653, 1930.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *4*.

Accouchements spontanés : 693.

Accouchements opératoires :

Forceps : 255, 613, 1000.

VI. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1925 :* 34.

I. — Accouchements spontanés : *13*.

A terme :

Sommets : 638, 1385, 1650, 1663, 1741, 1896, 1904, 1913.

Sièges : 0.

Prématurés :

Sommets : 1039, 1184, 2270, 2280.

Sièges : 1460.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *13*.

A terme :

Versions (par man. internes) : 815, 927, 1473.

Extractions (de siège) : 550.

Forceps : 702, 729, 775, 844, 858, 1001, 1092, 1553, 2309.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : 7.

Expulsion spontanée : 0.

Interventions :

Basio : 1760, 1774, 1782, 2061.

Embryo : 314.

Forceps : 1299, 2023.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *1*.

Accouchements spontanés : 747.

Accouchements opératoires : 0.

VII. — *ENFANTS PARAISSANT SAINS, 1926 :* 29.

I. — Accouchements spontanés : *13*.

A terme :

Sommets : 480, 1075, 1520, 2207.

Sièges : 0.

Prématurés :

Sommets : 81 *bis*, 533 *bis*, 590, 1697.

Sièges : 534, 764, 1982, 2036, 2142.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *8*.

A terme :

Extractions (de siège) : 447.

Versions (par man. internes) : 851 *bis*.

Forceps : 311, 663, 1002, 1490, 1534.

Prématurés :

Version (par man. internes) : 2326.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *6*.

Expulsion spontanée : 2315.

Interventions :

Césarienne : 1729, 2405.

Embryo : 772, 1781.

Basio : 30.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *2*.

Accouchement spontané : 2306.

Accouchement opératoire :

Grande extraction : 2204.

ENFANTS DE MÈRES MALADES

(*Albuminurie. — Hypertension. Accidents gravido-cardiaques. — Vomissements graves*)

I. — Accouchements spontanés : *39*.

A terme :

Sommets, **1920** : 226, 478, 1866. — **1921** : 0. — **1922** : 611. — **1923** : 0. — **1924** : 237, 299, 562, 795, 1339 *bis*. — **1925** : 0. — **1926** : 70.

Sièges, **1926** : 322, 789.

Prématurés :

Sommets, **1920** : 1562. — **1921** : 1027, 1098, 1974 — **1922** : 439, 605, 958. — **1923** : 253, 424, 706, 1122, 1166, 1210. — **1924** : 0. — **1925** :

31, 69, 547, 678, 744, 1137, 1419. — **1926** : 1061, 1077, 1146, 1783.

Sièges, **1924** : 1042. — **1925** : 301. — **1926** : 1871.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *13*.

A terme :

Extractions (de siège), **1921** : 640. — **1925** : 533.

Versions (par man. internes), **1923** : 108. — **1924** : 266.

Césariennnes, **1925** : 2950.

Forceps, **1923** : 868. — **1924** : 266, 1344. — **1925** : 227, 2020.

Prématurés :

Extractions (de siège), **1926** : 1983.

Versions (par man. internes), **1922** : 1619.

Forceps, **1921** : 1261.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *8*.

Expulsions spontanées, **1926** : 2122.

Interventions :

Basiotripsies, **1920** : 1209. — **1921** : *38*.

Césariennes, **1921** : 431. — **1924** : 767.

Embryotomies, **1924** : 554.

Versions, **1923** : 1137.

Forceps, **1922** : 1452.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *10*.

Accouchements spontanés, **1921** : 671. — **1925** : 488.

Accouchements opératoires :

Forceps, **1923** : 233, 517, 1476. — **1925** : 187, 193, 2032.

Césariennes, **1925** : 306.

Grande Extraction, **1925** : 726.

ENFANTS DE MÈRES SYPHILITIQUES

I. — Accouchements spontanés : *19*.

A terme :

Sommets, **1920** : 2082. — **1921** : 571, 1813. — **1922** : 329. — **1923** : 213. — **1924** : 757. — **1925** : 38. — **1926** : 220.

Sièges, **1923** : 158.

Faces, **1922** : 135.

Prématurés :

Sommets, **1920** : 735, 1750. — **1921** : 39, 1072. — **1922** : 1491. — **1923** : 852. — **1924** : 1184. — **1926** : 172.

Sièges, **1926** : 1974.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *11*.

A terme :

Forceps, **1920** : 2028 — **1921** : 151, 1833. — **1922** : 1461. — **1925** : 141. — **1926** : 1864.

Versions, **1922** : 1555. — **1924** : 1478.

Accouchements provoqués, **1921** : 751, 1969.

Extractions, **1925** : 63.

Prématurés : 0.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *4*.

Expulsions spontanées, **1921** : *676*.

Interventions :

Forceps, **1921** : 652.

Basio, **1921** : 338, 1492.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : *5*.

Accouchements spontanés, **1922** : 884. — **1924** : 89. — **1925** : 724-1025.

Accouchements opératoires :

Version, **1920** : 751.

ENFANTS DE MÈRES TUBERCULEUSES

I. — Accouchements spontanés : *3*.

A terme, **1926** : 2094.

Prématurés :

1922 : 1465. — **1925** : 412.

II. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *2*.

Forceps, **1926** : 1246, 1530.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *2*.

Expulsion spontanée : 0.

Interventions :

Basio, **1923** : 1371.

Césarienne, **1926** : 393.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : 0.

ENFANTS MAL FORMÉS

I. — Accouchements spontanés : *13*.

A terme :

Sommets, **1920** : 1926. — **1923** : 911. — **1925** : 527, 1423, 1697. — **1926** : 2246.

Sièges, **1924** : 1270. — **1925** : 1049. — **1926** : 381.

Prématurés :

Sommets, **1920** : 2246. — **1921** : 225, 1677. — **1926** : 527.

Sièges : 0.

II. — Accouchements opératoires sur enfant vivant : *1.*

A terme :

Forceps, **1921** : 471.

III. — Accouchements opératoires sur enfant mort : *3.*

Expulsion spontanée : 0.

Interventions :

Basio, **1925** : 997. — **1926** : 228.

Embryo, **1924** : 65.

IV. — Etat de mort apparente non ranimés : 0.

III. — Mortalité pendant les trois premiers jours

A TERME

et au voisinage du terme

1920 : 8.

24 heures : 14, 155, 982, 1283, 1945.

2-3 jours : 99, 307, 327.

1921 : 9.

24 heures : 690, 1407, 1639.

2-3 jours : 11, 154, 1177 *bis*, 1657, 1774, 1804.

1922 : 3.

24 heures : 623, 1369, 1587.

2-3 jours : 0.

1923 : 6.

24 heures : 86, 568, 1302, 1726.

2-3 jours : 576, 1143.

1924 : 9.

24 heures : 255, 794, 1398, 1471.

2-3 jours : 139, 887, 1442, 1468, 1486.

1925 : 8.

24 heures : 71, 206, 369, 1453, 1943.

2-3 jours : 329, 1215, 2103.

1926 : 4.

24 heures : 47 *bis*, 2017.

2-3 jours : 3, 43.

PRÉMATURÉS

(moins de 8 ½ de gestation)

1920 : 39.

24 heures : 38, 69, 137, 451, 454, 497, 650, 663, 675, 691, 896, 899, 985, 1082, 1156, 1372, 1381, 1462, 1477, 1594, 1755, 1807, 1859, 1887, 1894, 1894 *bis*, 2100.

2-3 jours : 113, 273, 338, 496, 609, 8887, 953, 1136, 1275, 1350, 1347, 2089.

1921 : 33.

24 heures : 252, 274, 753, 811, 855, 878, 1025, 1050, 1122, 1183, 1380, 1442, 1701, 1901, 2050.

2-3 jours : 2, 54, 157, 352, 387, 529, 532, 536, 1066, 1122, 1170, 1175, 1361, 1504, 1602, 1679, 1807, 1988.

1922 : 28.

24 heures : 114, 173, 196, 243, 405, 414, 456, 473, 567, 887, 1081, 1133, 1349, 1415, 1465, 1553.

2-3 jours : 37, 151, 335, 398, 406, 453, 457, 515, 553, 662, 1083, 1537.

1923 : 22.

24 heures : 83, 371, 430, 540, 602, 709, 721, 730, 852, 965, 1004, 1011, 1011, 1132, 1343, 1404 *bis*, 1608, 1677.

2-3 jours : 238, 252, 577, 634.

1924 : 27.

24 heures : 128, 221, 713, 884, 945, 961, 1172, 1405, 1420, 1432, 1458, 1484, 1502, 1734, 1942.

2-3 jours : 124, 222, 229, 394, 468, 884, 1031, 1168, 1487, 1498, 1594, 1677.

1925 : 18.

24 heures : 90, 363, 454, 489, 570, 789, 917, 1032, 1577, 1609 *bis*, 1799, 2100, 2167, 2216.

2-3 jours : 741, 1574, 1587, 1906.

1926 : 28.

24 heures : 108, 151, 172, 241, 272, 527, 608, 789, 801, 860, 895, 1261, 1264, 1431, 1436, 1720 *bis*, 1753, 1784, 1800, 1836, 2036, 2142, 2322.

2-3 jours : 198, 605, 1258, 2129, 2149.

DEUXIÈME PARTIE

Morti-Natalité en France

Envisageons tout d'abord quel est le taux de la morti-natalité en France. Les statistiques publiées chaque année par le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, nous donnent pour une période de quatre années allant de 1907 à 1910 les chiffres suivants :

36.765 mort-nés en *1907*
37.536 mort-nés en *1908*
36.076 mort-nés en *1909*
36.009 mort-nés en *1910*

Mais beaucoup plus important à connaître est le *coefficient de morti-natalité*, c'est-à-dire la proportion des mort-nés par rapport au nombre d'enfants déclarés vivants. Envisagées sous cet angle, les années précitées nous donnent comme coefficient de morti-natalité en France les chiffres suivants :

1907. — Enfants mort-nés : 36.765. — Enfants vivants : 772.681. Soit : *47,6* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1908. — Enfants mort-nés : 37.536. — Enfants vivants : 792.178. Soit : *47,4* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1909. — Enfants mort-nés : 36.076. — Enfants vivants :

769,565. Soit : *46,8* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1910. — Enfants mort-nés : 36.009. — Enfants vivants : 774.390. Soit : *46,5* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

« On voit donc que le coefficient de la morti-natalité en France a été en légère décroissance de 1907 à 1910, et que le nombre de mort-nés est pour chacune de ces années très approximativement de 47 pour 1.000 enfants déclarés vivants » (1).

Appliquons maintenant ce calcul aux chiffres qui nous sont fournis par ces mêmes statistiques officielles, mais pour les années 1920 à 1926 :

1920. — Enfants mort-nés : 38.641. — Enfants vivants : 834.411. Soit : *46,4* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1921. — Enfants mort-nés : 37.809. — Enfants vivants : 813.396. Soit : *46,4* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1922. — Enfants mort-nés : 34.854. — Enfants vivants : 759.846. Soit : *45,8* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1923. — Enfants mort-nés : 33.591. — Enfants vivants : 761.861. Soit : *44,09* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1924. — Enfants mort-nés : 31.692. — Enfants vivants : 752.307. Soit : *42,1* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

---

(1) Docteur CHAMBRELENT — La morti-natalité en France (*Le Nourrisson*, novembre 1920).

1925. — Enfants mort-nés : 31.531. — Enfants vivants : 768.963. Soit : *41* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1926. — Enfants mort-nés : 30.687. — Enfants vivants : 766.226. Soit : *39,9* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

Nous voyons donc que les mort-nés de 38.641 qu'ils étaient en 1920, passent à 30.627 en 1926, et que le coefficient de morti-natalité va graduellement en diminuant. de 46,4 en 1920 à 39,9 en 1926.

Si nous nous rapportons d'autre part, au bilan de la morti-natalité publié par M. le Docteur Cavaillon (1), on a pour les années 1920 à 1926, le tableau suivant :

1920	442	pour	10.000
1921	443	—	—
1922	439	—	—
1923	423	—	—
1924	422	—	—
1925	394	—	—
1926	385	—	—

---

(1) Docteur CAVAILLON. — Conférence de la Défense sociale contre la syphilis (page 141), (Berger-Levrault, Nancy).

Morti-natalité à la Clinique Baudelocque

MORTI-NATALITÉ GÉNÉRALE

Comparativement à ces chiffres ayant trait à la morti-natalité générale en France, nous allons envisager à présent, quel a été le *coefficient de la morti-natalité* à la Clinique Baudelocque.

Les statistiques de la Clinique nous donnent :

1920, — Enfants mort-nés : 162. — Enfants vivants : 1978.
Soit : *81,9* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1921. — Enfants mort-nés : 163. — Enfants vivants : 1872.
Soit : *87* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1922. — Enfants mort-nés : 131. — Enfants vivants : 1497.
Soit : *87,5* mort-nés pour 1.00 oenfants vivants.

1923. — Enfants mort-nés : 129. — Enfants vivants : 1521.
Soit : *84,7* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1924. — Enfants mort-nés : 116. — Enfants vivants : 1733.
Soit : *66,7* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1925. — Enfants mort-nés : 130. — Enfants vivants : 2085.
Soit : *62,3* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

1926. — Enfants mort-nés : 124. — Enfants vivants : 2186.
Soit : *56,7* mort-nés pour 1.000 enfants vivants.

Nous voyons donc que ce coefficient de morti-natalité générale, tout impressionnant qu'il soit pour les années 1920 à 1923, s'abaisse par la suite à 56,7 (1926). Ce chiffre est sans doute encore élevé, mais n'oublions pas que nos chiffres comprennent les enfants morts pendant les trois premiers jours, et qu'un grand nombre d'entre eux ne sont dans la statistique générale pour la France précédemment citée.

D'autre part, par le fait même que la Maternité Baudelocque est une clinique, il y a un grand nombre de cas pathologiques.

Etiologie

Nous allons envisager dans ce chapitre :

I. — La Mortalité fœtale pendant la Gestation.

II. — La Mortalité fœtale pendant le Travail.

III. — La Mortalité pendant les Trois Premiers Jours.

I. — MORTALITÉ FŒTALE PENDANT LA GESTATION

Nous nous occuperons d'abord de la rétention *totale*, c'est-à-dire englobant toutes les causes de rétention pendant la gestation. Les statistiques consultées en ce sens nous donnent ;

55 rétentions en 1920 pour 1978 enfants vivants
48 rétentions en 1921 pour 1872 enfants vivants
35 rétentions en 1922 pour 1497 enfants vivants
45 rétentions en 1923 pour 1521 enfants vivants
31 rétentions en 1924 pour 1733 enfants vivants
41 rétentions en 1925 pour 2085 enfants vivants
42 rétentions en 1926 pour 2186 enfants vivants

Ce qui fait, dans l'ensemble, un chiffre de rétention décroissante par rapport au nombre d'enfants nés vivants chaque annnée, et un coefficient de rétention également décroissant, en ce qui concerne les deux années extrêmes :

1920. — Rétention : 55. — Enfants vivants : 1978. Soit : *27* rétentions pour 1.000 enfants vivants.

1926. — Rétentions : 42. — Enfants vivants : 2186. Soit : *19* rétentions pour 1.000 enfants vivants.

C'est là un premier renseignement intéressant qui nous est fourni par l'étude des statistiques de la Clinique.

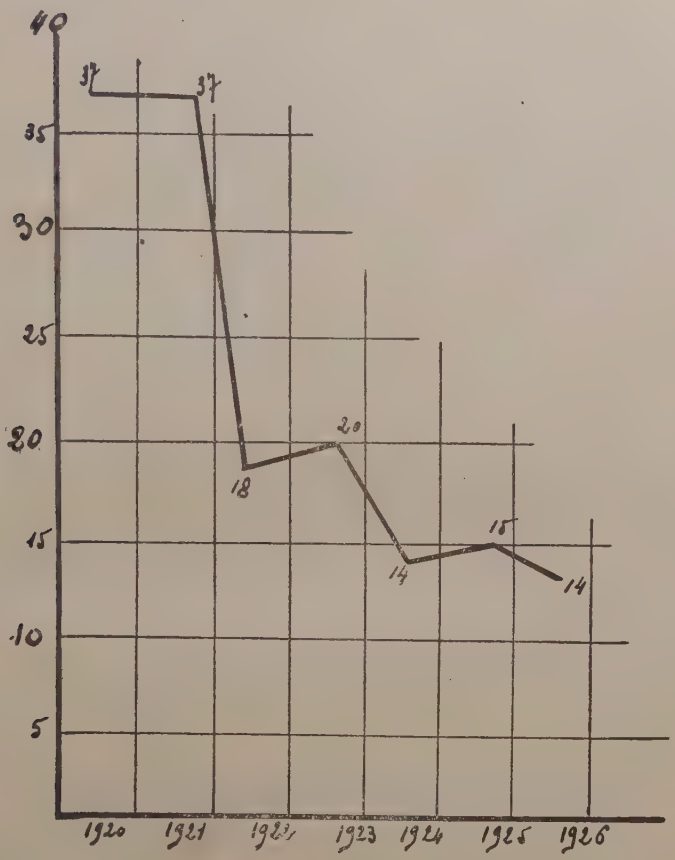
Nous devons maintenant envisager séparément les trois principales causes de rétentions.

1° La Syphilis.

Nous avons retenu autant que possible, toutes les observations la concernant, et les avons divisées en deux groupes : celui de la *syphilis* avec réaction sérologique positive et de la *syphilis* diagnostiquée cliniquement.

Si nous représentons par un graphique la courbe de la rétention syphilitique globale (avec réaction sérologique posi-

tive et cliniquement dignostiquée), nous obtenons la courbe suivante :



Mais la syphilis, connue, dépistée, soignée verrait-elle son pronostic proche et à distance améliorée ? La thérapeutique, spécifique bien comprise diminuerait-elle la mortalité fœtale syphilitique ?

Si nous nous rapportons aux chiffres publiés par M. Couvelaire et que M. Lévy-Solal a repris dans son rapport con-

cernant la morti-natalité de la Clinique Baudelocque, nous voyons que la morti-natalité fœtale de 72 % dans le cas de syphilis récente et non traitée, s'abaisse à 2,6 % dans les cas de syphilis ancienne et traitée (1).

Nous nous excusons de citer *in extenso* à l'appui de notre travail cet article si instructif. Mais les chiffres qui y sont exposés donnent une notion aussi exacte que possible de l'action fœticide de la syphilis pendant les années que nous envisageons.

« .... Nous avons examiné et retenu — écrit M. Lévy-Solal — les fœtus de 256 femmes syphilitiques (années 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, ayant eu 350 gestations qui, non traitée sont abouti à :

79	morts et macérés	soit : 14 %.
137	avortements de plus de 4 mois	soit : 26 %.
56	morts au cours de l'accouchement	soit : 10 %.
164	morts en bas-âge	soit : 31 %.
31	tarés dystrophiques	soit : 6 %.
71	sains en apparence	soit : 13 %.

Après traitement, 269 gestations donnent :

2	macérés	soit : 0,74 %.
4	mort-nés	soit : 1,50 %.
21	morts en bas-âge	soit : 7,80 %.
38	tarés	soit : 14 %.
204	enfants sains en apparence	soit : 76 %.

Si nous envisageons maintenant les effets de la maladie selon qu'elle est récente, ancienne ou héréditaire, nous obtenons les chiffres suivants (années 1919 à 1924).

---

(1) Docteur Lévy-Solal. — La protection du fœtus et du nourrisson contre la syphilis (*Annales de l'Enfance*, décembre 1926).

Première statistique. — 325 cas de S. Maternelle : *non traitée.*

A) *65 syphilis contractées pendant la gestation.*

Enfants vivants à la naissance 18
Mort-nés 47

Soit : *72* % de mortalité.

B) *153 syphilis contractées avant la gestation.*

Enfants vivants à la naissance 53
Mort-nés 100

Soit : *65* % de mortalité.

C) *107 syphilis anciennes ou héréditaires.*

Enfants vivants à la naissance 75
Mort-nés 32

Soit : *29* % de mortalité.

Deuxième statistique. — 386 cas de S. Maternelle *traitée.*

A) *47 syphilis contractées pendant la gestation.*

Enfants vivants à la naissance 34
Mort-nés 13

Soit *27* % de mortalité (au lieu de 72 %).

B) *149 syphilis récentes contractées avant la gestation et traitées pendant.*

Enfants vivants à la naissance 128
Mort-nés 21

Soit : *14* % de mortalité (au lieu de 65 %).

C) *75 syphilis récentes contractées avant la gestation et traitées avant et pendant.*

Enfants vivants à la naissance 73
Mort-nés 2
Soit *2,6* % de mortalité (au lieu de 65 %).

D) *115 syphilis anciennes ou héréditaires traitées pendant la gestation.*

Enfants vivants à la naissance 105
Mort-nés 10
Soit : *8,6 de mortalité* (au lieu de 29 %).

Ces chiffres ne donnent qu'une estimation incomplète de l'action fœticide de la syphilis, puisque pour chaque femme on ne considère que le résultat d'une seule grossesse non traitée en regard d'une gestation traitée. Pour apprécier toute l'importance de l'action destructive de la maladie sur la descendance, il faudrait tenir compte pour une même femme de toute la série de ses avortements, macérés, mort-nés, et morts pendant les premiers mois de la vie.

Ainsi envisagée, l'influence du vieillissement de la syphilis donne les résultats suivants :

Première statistique. — 466 gestations *non traitées* (années 1921, 1922, 1923, 1924).

A) *Syphilis contractées pendant la grossesse ou très récentes :* 44 gestations.

13 enfants vivants à la naissance (13 tarés).
31 macérés ou mort-nés.
Soit : *70* % de mortalité.

B) *Syphilis anciennes : 160 gestations.*

51 enfants vivants à la naissance (39 tarés).
109 macérés, avortements ou mort-nés.
Soit : *68* % de mortalité.

C) *Syphilis héréditaires : 265 gestations.*

140 enfants vivants à la naissance (93 tarés).

122 macérés, avortements ou mort-nés.

Soit : *46* % de mortalité.

Deuxième statistique. — 265 gestations *traitées.*

A) *Syphilis contractées pendant la gestation ou récentes : 47 gestations.*

45 enfants vivants (dont 14 tarés).

2 mort-nés.

B) *Syphilis anciennes : 105 gestations.*

103 enfants vivants dont 25 tarés.

2 mort-nés.

Soit : *1,08* % de mortalité (au lieu de 68%).

C) *Syphilis héréditaires : 113 gestations.*

110 enfants vivants (26 tarés).

3 macérés.

Soit : *2,6* % de mortalité (au lieu de 46 %).

En comparant les deux statistiques précédentes, on voit l'efficacité d'un traitement actif sur l'heureuse évolution de la gestation.

Ainsi, s'il est classique d'admettre que l'action de la syphilis est soumise à la loi de décroissance et que ses effets nocifs s'atténuent avec le temps, les chiffres que nous apportons ne marquent pas une différence telle que l'on puisse considérer que le virus syphilitique s'épuise sur les premières générations ».

Nous voyons donc qu'en matière de syphilis et en ce qui concerne les années 1920 à 1926.

1° La rétention syphilitique a diminué sous l'influence du traitement;

2° Que la mortalité fœtale syphilitique s'abaisse par le traitement;

3° Et qu'il ne suffit pas de traiter seulement les syphilis récentes, mais également les syphilis anciennes.

Dans notre dernier chapitre thérapeutique, nous envisagerons les efforts qui ont été faits pour abaisser ces chiffres de morti-natalité.

2° Troubles des fonctions rénales.

Sous cette rubrique, nous rangeons toutes les observations de mortalité fœtale pendant la gestation qu'il s'agisse de passage de l'albumine dans les urines, d'hypertension, ou de vomissements à caractère grave.

Nous voyons que les chiffres donnent une mortalité relativement faible et que nous pouvons situer aux environs de neuf cas par annnée. De 1920 à 1926, la courbe reste sensiblement stationnaire.

Sans rechercher la pathogénie des vomissements graves ou de l'albuminurie, — car nous ne faisons que citer des chiffres, — il semble cependant, vu le nombre d'accouchements normaux, que la proportion de rétentions par troubles des fonctions rénales soit sensiblement la même. C'est ici une question de recherche précoce de l'albumine, une question de régime sévère, institué dès les premiers mois de la grossesse, et prolongé, qui permettra dans un très grand nombre de cas de sauver ces enfants.

3° Cause indéterminée.

Sous ce titre, nous avions rangé toutes les observations restantes et dans lesquelles semblaient éliminées la syphilis et les troubles des fonctions rénales.

Nous avons trouvé 88 cas, de 1920 à 1926. Parmi ces observations quelques-unes, sans aucun doute, devraient être rattachées aux deux groupes précédents, en particulier quelques cas, où les lésions placentaires pourraient être considérées comme liées, à un trouble des fonctions rénales. De même, un certain nombre d'observations ayant trait à une syphilis latente, nous ont échappé.

II. — MORTALITÉ FŒTALE PENDANT LE TRAVAIL

Pour étudier la mortalité fœtale pendant le travail, nous avons divisé les observations en plusieurs groupes :

1° Celui des enfants *sains* ou présumés tels;

2° Celui des enfants issus de mères *malades;*

3° Celui des enfants issus de mères *syphilitiques;*

4° Celui des enfants issus de mères *tuberculeuses.*

Les observations de chacun de ces groupes ont été subdivisés en :

A) Accouchements spontanés (à terme ou prématurés);

B) Accouchements opératoires sur enfant vivant;

C) Accouchements opératoires sur enfant mort;

D) Et état de mort apparente non ranimés.

Mais disons tout de suite que la parité ne semble pas jouer un grand rôle puisque nous avons trouvé pour les sept années envisagées, un total de 196 primipares pour 206 multipares, réparties de la manière suivante :

1920. — P. : 28. M. : 21, soit un total de : 49.
1921. — P. : 41. M. : 32, — 73.
1922. — P. : 25. M. : 39, — 64.
1923. — P. : 27. M. : 29, — 56.
1924. — P. : 22. M. : 26, — 48.
1925. — P. : 31. M. : 31, — 62.
1926. — P. : 22. M. : 28, — 50.

1° Enfants paraissant sains.

En ce qui concerne les enfants sains ou présumés tels, nous obtenons pour les années 1920 à 1926, un total de 265 enfants mort-nés, se répartissant de la manière suivante :

37 mort-nés en 1920 pour *1978* enfants vivants.
50 mort-nés en 1921 pour *1872* enfants vivants.
52 mort-nés en 1922 pour *1497* enfants vivants.
39 mort-nés en 1923 pour *1521* enfants vivants.
32 mort-nés en 1924 pour *1733* enfants vivants.
34 mort-nés en 1925 pour *2085* enfants vivants.
29 mort-nés en 1926 pour *2186* enfants vivants.

ce qui nous donne un coefficient de morti-natalité de :

18 mort-nés pour 1.000 enfants vivants en *1920*.
26 — — *1921*.
34 — — *1922*.
25 — — *1923*.
18 — — *1924*.
16 — — *1925*.
13 — — *1926*.

A) *Accouchements spontanés.*

Si nous envisageons chaque année séparément, nous voyons qu'il y a :

21 mort-nés résultant d'accouchements spontanés en 1920.
14 — — 1921.
21 — — 1922.
11 — — 1923.
13 — — 1924.
13 — — 1925.
13 — — 1926.

Ces chiffres marquent une décroissance en faveur des dernières années. Il faut tenir compte cependant du fait qu'ils comprennent les prématurés de moins de huit mois qui s'élèvent à :

6 en ..... 1920.
3 en ..... 1921.
7 en ..... 1922.
5 en ..... 1923.
7 en ..... 1924.
5 en ..... 1925.
9 en ..... 1926.

Des accouchements restants il faut encore envisager le mode de présentation. Nous voyons, en effet, que les présentations du siège comprennent :

5 mort-nés pour 1920.
4 mort-nés pour 1921.
7 mort-nés pour 1922.
2 mort-nés pour 1923.
2 mort-nés pour 1924.
0 mort-né pour 1925.
0 mort-né pour 1926.

Il s'en suit que le nombre des présentations céphaliques ayant entraîné la mort au cours du travail est considérable-

ment réduit. Quant à la cause de la mortalité fœtale au cours de ces accouchements spontanés, nous avons trouvé le plus souvent la lenteur du travail, ou des accidents comme la procidence du cordon et la rupture prématurée des membranes.

C'est là un déchet manifeste contre lequel nous avons évidemment des armes puissantes, que nous envisagerons « en temps utile », mais il faut avouer que l'accouchement même spontané, est parfois une épreuve bien rude pour le fœtus.

B) *Accouchements opératoires sur enfant vivant.*

Les statistiques nous fournissent ici les chiffres suivants de mortalité :

7 mort-nés en 1920.
14 mort-nés en 1921.
6 mort-nés en 1922.
14 mort-nés en 1923.
5 mort-nés en 1924.
13 mort-nés en 1925.
8 mort-nés en 1926.

C) *Accouchements opératoires sur enfant mort.*

Les conclusions numériques de nos statistiques sont les suivants :

6 mort-nés en 1920.
11 mort-nés en 1921.
16 mort-nés en 1922.
10 mort-nés en 1932.
10 mort-nés en 1924.
7 mort-nés en 1925.
6 mort-nés en 1926.

Soit un total de 66 mort-nés dont 40 basiotripsiés se répartissant ainsi :

4 en ..... 1920.
6 en ..... 1921.
11 en ..... 1922.
5 en ..... 1923.
9 en ..... 1924.
4 en ..... 1925.
1 en ..... 1926.

L'intérêt de ces interventions chirurgicales sur enfant mort se cache derrière la cause même de la mort du fœtus au cours du travail dont d'ailleurs la direction intégrale n'a pas toujours été réalisée à la clinique : femmes amenées en travail prolongé, rétrécissements de bassins méconnus, etc, etc...

D) *Etat de mort apparente non ranimés.*

En comparaison avec les autres groupes, celui-ci est presque négligeable. La mortalité fœtale se chiffre, en effet, ici par 31 mort-nés pour une période de sept années allant de 1920 à 1926. Encore doit-on dire qu'en regard de 9 accouchements spontanés il y a 22 accouchements opératoires.

2° Enfants issus de mères malades.

Depuis l'année 1920 à l'année 1926, on a enregistré 70 morts issus de mère malades, c'est-à-dire femmes atteintes d'albuminurie, hypertension, accidents gravido-cardiaques ou vomissements à caractère grave.

Ces 70 mort-nés se répartissent en :

30 prématurés;
8 accouchements opératoires sur enfant mort;
10 en état de mort apparente non ranimés.

3. — Enfants issus de mères syphilitiques.

Le nombre de ces enfants s'élève pour les sept années considérées à 37. Nous en trouverons :

5 pour l'année 1920.
9 pour l'année 1921.
6 pour l'année 1922.
2 pour l'année 1923.
2 pour l'année 1924.
5 pour l'année 1925.
4 pour l'année 1926.

Ces chiffres n'ajoutent rien aux conclusions déjà formulées pour les rétentions syphilitiques en cours de la grossesse.

En effet, sur 37 de ces mères, 18 n'ont pas été traitées pendant la gestation, 2 l'ont été mais insuffisammment, et 2 de nos observations n'ent pu être classées faute de documents.

Il nous reste donc en tout et pour tout *16* observations de mort-nés issus de mères syphilitiques traitées; et dans la majorité des cas, c'est presque toujours, au cours d'un travail long et difficile que ces enfants ont succombé. Quinze d'entre eux ont été, en effet, extraits par des accouchements opératoires tant sur enfant vivant que sur enfant mort.

Nous citerons, en particulier, le cas de l'observation 1492 de l'année 1921, ayant amené un enfant mort après basiotripsie sur un bassin généralement rétréci. Il est de toute évidence qu'un traitement spécifique intensif, appliqué au cours de la prochaine gestation, et une césarienne, auront des grandes chances d'amener un enfant vivant dans le cas que nous envisageons.

3° Enfants issus de mères tuberculeuses.

Nous trouvons ici le chiffre minime de sept enfants morts pendant le travail. Ce chiffre pour infime qu'il soit, vient à l'appui de la thèse de M. Lacomme montrer que les enfants

issus de mères tuberculeuses meurent plutôt dans les premières semaines que dans les trois premiers jours.

Sur ces sept enfants, quatre enfants sont morts au cours d'actes opératoires. Leur mort n'est donc pas imputable à la bacillose. L'un d'entre eux a été, en effet, extrait au cours d'une césarienne post-mortem, faite chez une femme atteinte de bacillose laryngée et morte subitement; un autre a subi une basiotripsie, enfin un troisième, expulsé au cours d'une présentation de siège n'a pu être ranimé.

4° Enfants mal formés.

Reste enfin la question des enfants mal formés que nous avons rangé dans un groupe particulier. Il est évident que la syphilis intervienne dans un grand nombre de cas pour expliquer la mort de ces enfants, mais elle n'est pas seule en cause.

Treize de ces enfants sont morts au cours d'accouchements spontanés et quatre au cours d'accouchements opératoires. Nous n'insisterons pas davantage sur ce groupe,, mais disons seulement que dans le cas où la syphilis a pu être dépistée, un traitement judicieusement conduit pourra au cours des grossesses ultérieures en améliorer le pronostic.

III. — MORTALITÉ FŒTALE PENDANT LES TROIS PREMIERS JOURS

1° Mortalité générale

Ces enfants morts pendant les trois premiers jours se répartissent de la façon suivante :

47 pour l'année 1920.
42 pour l'année 1921.

31 pour l'année 1922.
28 pour l'année 1923.
35 pour l'année 1924.
26 pour l'année 1925.
32 pour l'année 1926.

On voit donc d'après ces chiffres qu'il y a une décroissance sensible de 1920 à 1926. Mais détaillons cette mortalité fœtale. Nous trouvons :

2° Prématurés.

39 prématurés en 1920.
33 prématurés en 1921.
28 prématurés en 1922.
22 prématurés en 1923.
27 prématurés en 1924.
18 prématurés en 1925.
28 prématurés en 1926.
Soit un total de : *195*.

Ce sont, comme on le voit, des chiffres qui varient peu et dont la moyenne peut être fixée aux alentours de *30* pour chaque année. Il est bien certain que dans une Maternité, il existera toujours un déchet de prématurés, soit qu'ils soient issus de mères malades, soit que l'accouchement ait été précipité par des troubles utéro-placentaires, soit hélas du fait du surmenage de la mère pendant la gestation.

La durée d'existence est très courte pour certains d'entre eux, dont le poids est au-dessous de 1.800 grammes. Malgré tous les soins dont on peut les entourer, on ne peut guère diminuer cette mortalité fœtale et l'on comprend en partie la loi française qui groupe sous la rubrique de mort-nés ces enfants débiles qui n'ont vécu que quelques heures.

Nous avons classé ces mort-nés en débiles ou non débiles, en prenant comme base le chiffre fictif de 1.800 gr.

Envisagés de la sorte, nous obtenons :

20	enfants au-dessous de	1.800 gr.	pour 1920
18	—	—	1921
21	—	—	1922
13	—	—	1923
12	—	—	1924
11	—	—	1925
13	—	—	1926

Sans considérer donc les difficultés de travail ou d'expulsion, il existe au total 195 mort-nés prématurés, dont 108 environ ont un poids inférieur à 1.800 grammes.

Parmi les autres, la cause de la mortalité s'explique soit par une rupture prématurée des membranes suivie d'infection amniotique, comme dans les observations :

N° 388-454 pour l'année 1920.
N° 252 pour l'année 1921.
N° 355 pour l'année 1922.

Soit des grossesses gémellaires, ou l'un des deux jumeaux est en état d'infériorité par rapport à l'autre, observations :

N° 1136 pour l'année 1920.
N° 15 pour l'année 1921.
N° 1415 pour l'année 1922.
N° 713 pour l'année 1924.
N° 1431 pour l'année 1926.

Soit enfin, des insertions basses de placenta, des malformations congénitales, etc...

3° A terme.

En ce qui concerne les enfants à terme, les statistiques nous fournissent les renseignements suivants :

8 mort-nés en 1920.
9 mort-nés en 1921.
3 mort-nés en 1922.
6 mort-nés en 1923.
9 mort-nés en 1924.
8 mort-nés en 1925.
4 mort-nés en 1926.

L'essai d'interprétation de ces chiffres est variable.

Dans certains cas, il s'agit d'enfants venus après des traumatismes obstétricaux et qui bien que ranimés n'ont survécu que quelques heures.

Observations N°s 273, 327, 1283, 1807, pour l'année 1920.

Observations N°s 2, 690, 1183, 1639 .. pour l'année 1921.
Observations N°s 623, 1587 ..... pour l'année 1922.
Observ. N°s 86, 576, 1143, 1302, 1726, pour l'année 1923.
Observ. N°s 139, 255, 1420, 1471, 1942, pour l'année 1924.
Observations N°s 71, 230, 741, 917, 1032, 1906, 1943 ..... pour l'année 1925.
Observations N°s 3, 895, 2017, 861 .... pour l'année 1926.

Dans d'autres, l'interprétation est très délicate faute de renseignements précis.

TROISIÈME PARTIE

Dans cette troisième et dernière partie, nous allons envisager ce qui a été fait à la Clinique Baudelocque, pour la protection de l'enfant. C'est-à-dire nous considérerons aussi bien ce qui a été fait pour protéger la vie intra-utérine que les efforts fournis pour rendre plus facile tant l'accouchement que les premiers jours qui ont suivi la naissance.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale de toutes les institutions qui y ont été créées. Nous nous contenterons simplement d'en résumer le fonctionnement et montrer leur utilité.

Après la procréation et pendant toute la durée de la vie intra-utérine les organismes de l'enfant et de la mère sont solidaires. C'est donc par l'intermédiaire de la mère que l'enfant pourra être préventivement protégé.

« L'action préventive est subordonnée à une surveillance médicale systématique de la future mère pendant toute la durée de la gestation ».

« Ces examens médicaux peuvent être réalisés à domicile, soit au domicile de la future mère soit chez le médecin. C'est là sans doute le mode idéal de l'assistance médicale, mais dans les agglomérations urbaines tant soit peu importantes, il est plus pratique d'offrir aux futures mères des consultations dans des *dispensaires* spécialement outillés en vue de la protection maternelle et infantile.

« Le programme à réaliser aussi bien au dispensaire qu'à domicile est le suivant :

Surveiller l'évolution de la gestation jusqu'à son terme ;

Reconnaître par avance et rectifier les mauvaises présentations ;

Reconnaître les causes de dystocie et prendre en temps opportun les mesures nécessaires pour y parer ;

Reconnaître et traiter les états pathologiques qui peuvent troubler la gestation ;

Dépister les maladies héréditaires, en particulier, la syphilis, et les traiter ;

Dépister la tuberculose et assurer la préservation du nouveau-né contre la contagion ;

Prendre ou faire toutes dispositions utiles en vue de l'accouchement et en vue de l'élevage de l'enfant.

« Des techniques simples : le palper abdominal, le toucher vaginal, l'auscultation, la recherche de l'albumine dans les urines, la mesure de la tension artérielle, la réaction de Bordet-Wassermann, éventuellement la radioscopie et la radiographie, permettent aux médecins d'établir les diagnostics réellement utiles.

« Il ne suffit pas de donner dans ces dispensaires une consultation verbale : il faut y mettre en œuvre les traitements prophylactiques, les instituer au dispensaire même, les faire surveiller à domicile lorsque l'hospitalisation n'est pas reconnue nécessaire.

« Il ne suffit pas de donner dans ces dspensaires une consultation médicale individuelle. Il faut, à son occasion pénétrer dans la famille, y instituer une enquête qui permettra d'étendre à la famille notre action médicale et sociale. Cette double action est particulièrement nécessaire en ce qui con-

cerne la lutte contre la syphilis et la protection du nouveau-né contre la tuberculose.

« Il ne suffit pas de s'y occuper de la santé de la mère pendant sa gestation et d'y prévoir les difficultés de la parturition. Il faut s'y préoccuper par avance de l'avenir de l'enfant tout faire pour que le nouveau-né ne soit pas séparé de sa mère pour qu'il ne soit pas privé du lait et des soins maternels auxquels il a droit » (1).

A cet effet, une Maternité modèle doit comprendre quatre organismes solidaires les uns des autres :

1° *Une maternité ;*

2° *Une maison maternelle ;*

3° *Un dispensaire anti-syphilitique ;*

4° Un dispensaire anti-tuberculeux.

Ces différents organismes fonctionnent à la Clinique Baudelocque. Une liaison intime existe entre la clinique et le refuge pour les femmes enceintes de la Société de l'Allaitement Maternel, 203, Avenue du Maine ; aussi bien qu'avec la Maison Maternelle Nationale de Saint-Maurice. La Maternité pour tuberculeux est en liaison avec les dispensaires de l'Office publique d'Hygiène sociale, et en particulier, avec le Dispensaire Léon-Bourgeois (Hôpital Laënnec) dirigé par MM. Léon Bernard et Rist.

Nous nous occuperons spécialement dans cette dernière partie du rôle du dispensaire anti-syphilitique. Mais disons tout de suite qu'un lien étroit existe entre tous ces organismes et le « service social », dont la direction est assurée par Mlle Lesellier.

---

(1) M. Couvelaire. — Du rôle des consultations pré-natales dans la lutte contre la mortalité infantile (*Presse Médicale*, n° 103, 24 décembre 1924).

DISPENSAIRE ANTI-SYPHILITIQUE

Nous avons vu au cours de ce travail que si le nombre des rétentions dues à la syphilis était en décroissance, il n'en est pas moins vrai qu'en 1926, il existe encore vingt-quatre rétentions syphilitiques. Il y a loin de ce chiffre à celui de trente-sept pour l'année 1920. C'est que depuis février 1919, M. le Professeur Couvelaire institua dans son service une consultation dispensaire spécialisée, afin d'entreprendre un traitement ambulant de la syphilis.

C'est là que les mères, enfants, et même les maris peuvent être traités. Mais le rôle du dispensaire ne doit pas se borner à découvrir les syphilis contrôlées sérologiquement ou cliniquement évidentes. Il doit surtout s'efforcer de reconnaître les syphilis latentes en absence de toute manifestation pathologique.

« C'est qu'en dehors des syphilis paternelle, maternelle ou conjugale, dont l'existence s'impose à l'accoucheur, il est un plus grand nombre de syphilis qui ne lui seront révélées que par des lésions de l'œuf, dépistées quelquefois au cours de la gestation, reconnues le plus souvent après son expulsion, parfois même plus tardivement chez le nouveau-né et le nourrisson (1) ».

Si l'on veut donc faire œuvre réellement utile, il faut faire appel à toutes les méthodes de diagnostic pour dépister les syphilis latentes. La réaction de Bordet-Wassermann, l'hydranios, la pigmentation du cou, la disproportion du poids du placenta par rapport à celui du corps du nouveau-né, le

(1) M. COUVELAIRE. — (Création d'un Dispensaire anti-syphilitique) (*Presse Médicale*, n° 45, 4 juin 1921).

gros foie, la grosse rate, le coryza, etc... seront autant de signes qui nous feront affirmer la syphilis.

C'est enfin l'enquête familiale complète qui souvent sera seule à nous permettre un diagnostic, avec sa conséquence obligée : le traitement.

Enfin sans antécédents connus, sans fausse-couche antérieure, sans excès de liquide, une femme peut accoucher *prématurément* d'un petit enfant sain en apparence, mais souvent syphilitique en réalité. Et la meilleure des preuves, c'est qu'un traitement spécifique donne, dans bien des cas que nous envisageons de véritables résurrections.

Notre préoccupation de dépister la syphilis doit donc s'étendre le plus possible et dès que nous la soupçonnons, nous devons instituer systématiquement un *traitement méthodique,* après s'être bien entendu assuré, par un examen des différents organes qu'il n'y a là aucune contre-indication sérieuse.

Nous dirons de préférence un traitement *arsenical,* car de l'avis unanime des syphiligraphes les plus qualifiés, la médication arsenicale est la plus puissante qui assure chez la femme en état de gestation la prophylaxie et le traitement de la syphilis.

On utilisera donc sauf contre-indication, les injections intra-veineuses de novarsénobenzol à doses croissantes de 0,15 à 0,75 par série de sept injections hebdomadaires.

Mais quand doit commencer le traitement d'une femme syphilitique en état de gestation ?

« Il faut s'efforcer de commencer le traitement dès le début de la grossesse, si possible; faire un traitement avec persévérance et sans laisser dans l'intervalle des séries plus de quatre à cinq semaines. A toute femme enceinte qui a

reçu trois séries complètes, telles que nous l'avons indiqué, séparées par un mois de repos, on peut à peu près sûrement garantir son enfant contre la syphilis... Mais malheureusement les malades viennent consulter vers le cinquième ou le sixième mois. Il n'est plus possible de faire que deux séries : la première sera celle ordinaire ; mais prolongeons la deuxième par trois ou quatre piqûres de 75 centigrammes.

Il ne semble pas y avoir d'inconvénient à faire une injection à une date très rapprochée de l'accouchement » (1).

Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement de la syphilis. Il est un fait incontestable c'est qu'un effort continu, d'éducation et de propagande s'exerce depuis quelques années sur cette clientèle du dispensaire anti-syphilitique et que les résultats thérapeutiques finissent par nous convaincre de son utilité.

Nous citons à l'appui de cette assertion un certain nombre d'observations de femmes syphilitiques ayant eu un *mort et macéré* au cours de grossesses antérieures, et qui ont obtenu par la suite, grâce à un traitement judicieusement conduit des enfants sains et bien portants.

---

(1) Paul BERTHIER. — Traitement ambulant de la syphilis, page 26 et suiv. (*Thèse L. Arnette*, 1920).

Observations

ANNÉE 1923

OBSERVATION N° 139

II pare.

1re gestation. — 20 mai 1921. Accouchement spontané d'un fœtus de 6 mois ½ *mort-né* (Anencéphalie. Hydramnios).

2e gestation. — Dernières règles : 11-25 avril 1922.

B. W. le 26 juillet + +.

Traitement :

Première série : 2 août 1922, 11 octobre 1922 : 0,10, 0,20, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90, 0,90 = *5 gr. 10.*

Deuxième série : 6 novembre 1922, 27 décembre 1922 : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90, 0,90 = *4 gr. 95.*

B. W le 10 janvier 1923 : *00.*

Le 1er février 1923 : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant de 3.850 grammes. Placenta : 625 gr.

Examen de l'enfant :

Foie légèrement augmenté de volume.

Rate perceptible.

Traitement : F. M.

OBSERVATION N° 164

II pare. — Contaminée au moment de sa première gestation. Traitée insuffisamment. Procréateur syphilitique.

1re gestation. — Juin 1920 : accouchement spontané à 8 mois d'un *mort et macéré.*

2e gestation. — Dernières règles : 6-10 mai 1922.

Hecht le 30 août 1922 : ++.

Traitement :

Première série : Du 6 septembre 1922 au 25 octobre 1922 : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90 = *4 gr. 80.*

Deuxième série : Du 22 novembre 1922 au 31 janvier 1923 : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,75, 0.75, 0.75 = *4 gr. 50.*

Le 6 février 1923 : accouchement spontané à terme de deux jumeaux : 1.620-2.500 grammes, vivants.

Examen des enfants : normaux.

Traitement : F. M.

OBSERVATION N° 292

III pare. — Procréateur spécifique. Hospitalisée à Cochin, le 15 avril 1921 en même temps que son mari. Présentent tous deux à cette époque des accidents secondaires. La malade ne reste à Cochin qu'une jour, car :

1re gestation. — Le 16 avril 1921 expulse à Baudelocque (N° 689) un fœtus *mort et macéré* de 650 grammes. Placenta, 250 grammes. Néglige de se faire traiter.

2e gestation. — Etat de rétention. Expulsion d'un *mort et macéré* de 1.170 grammes. Placenta : 450 grammes, le 11 mars 1922.

Depuis le 11 mars 1922, la femme vient régulièrement se faire traiter à Baudelocque à la consultation du vendredi. C'est au cours de ce traitement qu'elle a commencé sa :

3e gestation. — Au cours de laquelle elle reçoit quatre séries de neuf injections de novar.

Le 8 mars 1923 : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 3.550 grammes.

Examen de l'enfant : normal.

Traitement : F. M.

OBSERVATION N° 555

II pare, 29 ans.

Accidents primaires apparus en même temps chez la femme (chancre de la grande lèvre) que chez le mari, en septembre 1917. — *Accidents secondaires* à la fin d'octobre 1917.

Octobre 1917. — Traitement entrepris aussitôt. Une série de novar : 2 gr. 30 (à la dernière injection 0,60 : syncope).

Arrêt un mois.

Puis huile grise. — Repos deux mois (douleurs).

Puis pilules de Dupuytren (40 pilules en deux mois).

Repos : deux mois.

Puis pilules de protoiodure (40 pilules).

Au cours de ce traitement : accidents de néphrite caractérisés par : œdèmes, albuminurie (5 grammes) et troubles cérébraux. Régime lacté, un mois. Sous l'influence de ce traitement, augmentation des troubles cérébraux et de l'albumine à 13 grammes.

Octobre 1918. — Il semble alors qu'on est en présence d'une néphrite *spécifique* et l'on fait du novar (0,15, 0,30, 0,45). Aucune amélioration. Etat stationnaire pendant deux mois avec quantité d'albumine oscillant entre 5 et 15 grammes.

Puis *anurie* de douze heures avec œdèmes volumineux. Ascite. Hydrothorax. Pas d'hypertension.

Traitement :

Ventouses scarifiées.

Diète hydrique.

Novar : 2 grammes.

La malade ne supporte pas bien les injections (fièvre, frissons, vomissements). On attribua alors la néphrite au traitement arsénobenzolique et on met la malade au repos jusqu'en :

Août 1919. — A cette date, on reprend traitement. Série de 2 grammes de novar. L'albumine, cette fois, ne réapparaît pas. La malade quitte Paris et se soigne avec des pilules de protoiodure. — Pas d'albumine. — Revenue à Paris, elle reçoit une injection de novar, et dans les jours qui suivent, elle accuse 5 grammes d'albumine. A ce moment :

Septembre 1920. — 1re gestation : Arrêt des règles.

En novembre 1920 : Avortement d'un œuf clair. Puis quatre mois de repos.

En 1921 : 4 grammes de novar, sans incidents.

En 1922 : 4 grammes de novar, sans incidents.

En juillet 1922. — 2e gestation : Arrêt des règles.

La malade reçoit 9 grammes 35 de novar pendant sa gestation en deux séries. Entre les deux séries : B. W. = oo.

Le 1er mai : accouchement à terme (forceps pour souffrance fœtale) d'un enfant vivant, pesant : *4.000 grammes.*

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N° 766

IV pare, 28 ans, non traitée jusqu'à sa quatrième gestation. Procréateurs différents.

1er procréateur.

1re gestation : 1915. Mort et macéré à terme.

2e procréateur.

2e gestation : 1918. Mort et macéré à terme.

3e gestation : 1919. Mort et macéré près du terme.

4e gestation :

Dernières règles : 23 août 1922.

B. W. : + +.

Traitée : à la consultation de M. le Docteur Pinard.

Une série complète de novar.

Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant : 4120/720 grammes.

Examen de l'enfant : normal.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N°. 876

II pare, 27 ans.

1re gestation : Février 1922 à Baudelocque (N° 261). Expulsion d'un *mort et macéré* de huit mois.

2e gestation : Dernières règles : 13-20 octobre 1922. Le 11 avril 1923, Hecht = oo.

TRAITEMENT :

Première série. — 11 avril, 30 mai 1923 : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90 = *4 grammes 35.*

Le 5 juillet entre à la Clinique pour hypertension (25/12)

Le 6 juillet : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 2100/400 grammes.

Examen de l'enfant : Pas de craniotabes. Sutures élargies. Tension des fontanelles. Foie normal. Rate perceptible.

Traitement : Sulfarsenol.

OBSERVATION N° 1579

II pare, 24 ans.

1re gestation : Avril 1922, à l'Hôtel-Dieu.

Accouchement prématuré de 7 mois ½ d'un *mort et macéré* de 1.800 grammes. B. W. + +.

La femme est traitée du mois d'avril 1922 au mois de novembre 1923 à l'Institut prophylactique de M. le Docteur Vernes (deux fois par semaine une injection intra-fessière).

2e gestation : Surveillée à Baudelocque.

Dernières règles : 19-22 février 1923.

Le 28 novembre 1923 : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 3.000/480 grammes.

Examen de l'enfant : normal.

Traitement : F. M.

OBSERVATION N° 1599

XV pare, 40 ans.

4 Premières gestations : 4 enfants vivants à terme.

10 gestations suivantes : 10 avortements (entre 3-6 mois).

15e gestation. — Derhières règles : 12-13 mars 1923. Hecht : le 13 septembre 1923, *00*.

Traitement :

Première série complète de novar.

Le 3 décembre 1923 : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 2.830/370 grammes.

Enfant normal.

F. M.

OBSERVATION N° 1681 *bis*

V pare, 39 ans.

1re gestation, 1912. — *Avortement* de 5 mois ½.

(Œdèmes, albuminurie à partir du 3e mois).

2e gestation, 1912. — *Enfant mort-né* à 6 mois ½.

(Albuminurie à partir du 5e mois, non traitée).

3e gestation, 1913. — *Enfant mort-né* à 6 mois ½.

(Albuminurie à partir du 5e mois, non traitée).

4e gestation, 1920. — *Enfant mort-né* à 6 mois ½.

(Albuminurie à partir du 5e mois, non traitée).

5e gestation. — Dernières règles : 20-23 février 1923.

Traitement : au novar.

Première série : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90, 0.90.

Deuxième série : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75.

(Arrêtée à 0,75 à cause d'une albuminurie massive, et d'une parésie des doigts de la main avec sensation de doigts morts).

Régime lacté : Amélioration.

Le 4 novembre : 0,10 de novar.

Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 1.650 grammes dans un état lamentable :

Pas d'ascite. Pas de circulation collatérale. Crâne normalement ossifié. Mais faciès de vieillard. Amaigrissement généralisé. Peau ridée. Foie et rate augmentés de volume.

Traitement : aux F. M. et au sulfarsénol.

L'enfant pesait à la sortie (trente-six jours après) : *3.000 grammes.*

OBSERVATION N° 1710

III pare, 39 ans.

1re gestation, 1909. — Accouchement à terme. Enfant vivant.

2e gestation, 1918. — Rétention. Expulsion d'un *mort et macéré.*

3e gestation. — Dernières règles : 3-5 avril 1923.

Hecht : 3/4, 3/4 le 13 juin.

Traitement :

Première série, 27 juin, 22 août 1923 : 0,15, 0,20, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90.

Deuxième série, 12 septembre, 24 octobre 1923 (mal supportée) : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90.

Hecht : *00* le 21 novembre 1923.

Troisième série. — Commencée le 21 novembre (non terminée).

Le 29 décembre : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 3.220/580 grammes.

Enfant normal.

F. M.

ANNÉE 1924

OBSERVATION N° 13

II pare, 26 ans.

Aurait présenté en 1919 des accidents secondaires au niveau de la bouche et du vagin. A ce moment, quelques piqûres de Hg.

1re *gestation* (*non traitée*), *octobre 1920* (chez elle).

Accouchement spontané prématuré (7 mois). Mort-né.

2e *gestation* (*non traitée*), *septembre 1921*, à Baudelocque, N° 1544.

Rétention et expulsion d'un mort et macéré de 1230/430 grammes.

B. W. + +.

TRAITEMENT :

Trois séries complètes de novar.

Hecht : 00.

3e *gestation*. — Traitée : 2 séries complètes de novar.

Le 15 novembre 1922 à Baudelocque (N° 1486) : Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 3.250/800 grammes.

Enfant traité et bien portant.

4e *gestation, non traitée*. — Hecht : 00.

Dernières règles : 9-19 mars 1923.

Le 3 janvier 1924 : accouchement à terme d'un enfant vivant, pesant 3.550/580 grammes.

Examen de l'enfant : Foie normal. Pas de lésions cutanéo-muqueuses. Rate normale.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N 67

II pare, 24 ans.

1re gestation : 17 novembre 1922, à Baudelocque, N° 1498. Rétention au cours du 9e mois. Expulsion d'un mort et macéré de 3.100 grammes. Placenta : 360 grammes.

B. W. : ++, le 15 novembre 1922.

Traitement :

Première série : du 6 décembre 1922 au 31 janvier 1923, *4 gr. 80* (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.90, 0.90).

Prise de sang le 28 février. Hecht = ++.

Deuxième série : du 7 mars 1923 = *3 gr. 20* (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75).

2e gestation. — Dernières règles : du 6 au 8 avril 1923.

Troisième série : du 25 septembre 1923 au 5 décembre 1923 : *4 gr. 80* (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.90, 0.90).

Le 14 janvier 1924 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, pesant 3.700 grammes. Placenta : 520 grammes.

Examen de l'enfant : normal.

Traitement : F. M. — Sulfarsénol.

OBSERVATION N° 228

III pare, 38 ans.

Accidents primaires de syphilis en 1910.

1re gestation : décembre 1920, à Baudelocque, N° 2165. Rétention et expulsion d'un mort et macéré de 1.450/320 grammes.

Le 8 décembre 1920 : Hecht, + +.

Traitement :

Première série — Du 12 janvier 1921 au 9 mars 1921 : (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.75 = *4 gr. 25*).

Hecht, le 6 avril : 3/4, 3/4.

Deuxième série. — Du 13 avril 1921 au 8 juin 1921 : (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.60, 0.75) = *4 gr. 40.*

Hecht, le 5 octobre + +.

Troisième série. — Du 12 octobre 1921 au 30 novembre 1921 : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.90, 0.90 = *4 gr. 80.*

Hecht : $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$.

Quatrième série. — Du 28 décembre 1921 au 15 février 1922 : (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.90, 0.90 = *4 gr. 80*).

Hecht, le 15 mars 1922 : $\frac{1}{2}$, 3/4.

Cinquième série. — Du 15 mars 1922 au 17 mai 1922 : 5 gr. 70.

2e gestation : 10 juin 1922 (chez elle) : Accouchement à terme, fille vivante, pesant 3.500 grammes.

Sixième série. — Du 15 juillet 1922 au 6 septembre 1922 : 4 gr. 95.

Septième série. — Du 8 novembre 1922 au 24 janvier 1923 : 4 gr. 80.

3e gestation. — Dernières règles : 9 mai 1923.

Hecht = 00.

Huitième série. — Du 31 octobre 1923 au 19 décembre 1923 : 4 gr. 95.

Le 14 février, à Baudelocque : accouchement spontané

à terme, d'un enfant vivant, pesant 3270/400 grammes.

Examen de l'enfant : Foie normal. Rate perceptible.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N° 329

V gest., 30 ans.

Procréateur : 28 ans. Prise de sang en septembre 1923. Hecht = oo.

1re gestation. — Janvier 1921 : Avortement de trois mois.

2e gestation. — Mai 1921 : Avortement de trois mois.

3e gestation. — 19 avril 1922, à Baudelocque, N° 585. Accouchement prématuré à sept mois d'un enfant vivant, pesant 1.400/390 grammes. Mort le 14e jour.

4e gestation. — Dernières règles : 20-23 mai.

Hecht = oo.

Première série. — Du 19 septembre au 7 novembre 1923 : 0.15, 0.30, 0.45, 0.50, 0.75, 0.90, 0.90, 0.90.

23 novembre : Hecht = oo.

Deuxième série. — Du 28 novembre 1923 au 16 janvier 1924 : 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90, 0.90, 0.90.

Le 2 mars 1924 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, pesant 3.150/400 grammes.

Examen de l'enfant. — Aucun stigmate de spécificité.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N° 547

IV pare.

1re gestation. — 4 mars 1919 : Avortement de cinq mois.

2e *gestation*. — Décembre 1919 : Avortement.

3e *gestation*. — Mars 1921 : Accouchement spontané prématuré d'un enfant pesant 1.200/400 grammes. Mort vingt-quatre heures après.

Hecht, 27 septembre 1921 : + +.

Première série. — Du 5 octobre au 30 novembre 1921 : 4 gr. 50.

Hecht, 26 avril 1922 : 00.

Deuxième série de *4 gr. 25.*

4e *gestation* (non traitée). — Dernières règles : 5-7 juillet 1923.

Le 17 avril 1924 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, pesant 3.020/650 grammes.

Examen de l'enfant. — Malformation auriculaire. Rien par ailleurs.

Traitement : F. M.

OBSERVATION N° 567

III pare, 39 ans.

De 13 à 14 ans, crises nerveuses avec perte de connaissance.

1re *gestation*. — Novembre 1919 : Accouchement spontané prématuré (8 mois).

Deux jumelles : 1.480 grammes, morte le 4e jour ; 1.250 grammes, macérée. Placenta : 470 grammes.

2e *gestation*. — Suivie à la Maternité. Prise de sang le 2 mars 1921.

Hecht = 00. (Pasteur).

Hecht : 1/2, 1/3 (Demoulières).

TRAITEMENT :

Une série complète de novar.

Le 20 avril 1921 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant de 3.710 grammes.

3e gestation. — Dernières règles : 10-15 août 1923.

Hecht = 00 le 12 mars 1924.

TRAITEMENT :

Une série complète de novar.

Le 21 avril 1924 : Accouchement prématuré à 8 mois, d'un enfant vivant : 2900/550 grammes.

Examen de l'enfant. — Normal.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N° 988

III pare, 30 ans.

1re gestation, 1919 : Accouchement prématuré à sept mois (1.500 grammes). Mort huit jours après.

2e gestation, 1920 : Avortement à trois mois et demi.

3e gestation : Dernières règles : 1-4 octobre 1923.

16 avril 1924 : Hecht = 00.

Première série. — Du 23 avril au 28 juin 1924 : 4 gr. 70

(0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90, 0.90).

Le 10 juillet 1924 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, pesant 3.420/350 grammes.

Examen de l'enfant. — Normal.

TRAITEMENT : F. M.

OBSERVATION N° 1332

IV pare, 25 ans.

1920 : *1re gestation* (chez elle). Avortement de trois mois.

1921 : *2e gestation*, à Baudelocque, N° 1813. Accouchement spontané à terme. *Mort-né.*

B. W. après l'accouchement + +.

1923 : *3e gestation*, à Baudelocque, N° 213. Gestation surveillée à la Clinique.

Troisième série de novar à partir du deuxième mois. Accouchement spontané à terme. *Mort-né.*

Le 7 mars, Hecht = 1/2, 3/4.

Quatrième série. — Du 21 mars 1923 au 9 mai 1923.

Hecht : 00.

Cinquième série. — Du 20 juin 1923 au 2 août 1923.

Hecht, le 29 août = 1/4, 1/4.

Une série d'Arquéritol.

1923 : *4e gestation.* — Dernières règles : 5-8 novembre 1923.

Hecht = 1/4, 1/2.

Deux séries d'Arquéritol.

Sixième série de novar. — Du 13 février 1924 au 7 mai 1924.

Le 15 septembre 1924 : Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant de 3.320/640 grammes.

Examen de l'enfant. — Normal.

Traitement : F. M.

Conclusions

1° La morti-natalité a diminué en France. Elle est passée de *46,4* pour 1.000 en 1920, à *39,9* pour 1.000 en 1926.

2° A la Clinique Baudelocque, la morti-natalité a diminué de 1920 à 1926. Elle est passée de *81,9* pour 1.000 à *56,7* pour 1.000.

I. — *Mortalité fœtale pendant la gestation.*

Cette mortalité est passée de *27* pour 1.000 à *19* pour 1.000. Cette diminution est déterminée par la diminution du nombre de morts, in utero par syphilis.

La rétention syphilitique est passée de *18,7* pour 1.000 à *6,4* pour 1.000.

II. — *Mortalité fœtale pendant le travail.*

La mortalité des enfants présumés sains a diminué de *18* pour 1.000 à *13* pour 1.000.

III. — *Mortalité pendant les trois premiers jours.*

1° Elle est élevée pour les prématurés.

2° Sensiblement peu variable et minime pour les enfants à terme.

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER